مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره پانزدهم/ بهار ۱۳۸۹/ ۸۶-۷۹

اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط به آن در استان کردستان

نرگس شمس علیزاده[۱]، عبدالرحیم افخم زاده[۲]، بهزاد محسن‌پور[۳]، بیان صالحیان[۴]

۱- استادیار گروه روانپزشکی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- متخصص عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن: ۰۸۷۱-۳۲۸۶۱۱۲ behzadmohsenpour@yahoo.com

۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی است که معلول فاکتورهای متعددی است که در جوامع مختلف متفاوت است. لزوم شناسایی این عوامل برای مداخله مؤثر و پیشگیری در هر جامعه احساس می‌شود.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مطالعه مورد- شاهدی انجام شد افرادی که به دلیل اقدام به خودکشی به بیمارستانهای سنندج مراجعه کرده بودند به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شدند و گروه شاهد با در نظر گرفتن همسان سازی سنی توسط پژوهشگر انتخاب شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با به کارگیری نرم افزارSPSS انجام شد و از آمار توصیفی برای توصیف داده‌ها و از آزمون آماری کای دو برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: اقدام به خودکشی در زنان (۷۱/۱ درصد)، سن ۲۴-۲۰ سال (۳۱/۱ درصد) و افراد با تحصیلات متوسطه یا دیپلم (۵۶/۱ درصد) شایعتر بود. یافته‌ها حاکی از ارتباط معنی‌دار بین، تعداد افراد خانواده و وجود حوادث زندگی با اقدام به خودکشی بود (به ترتیب، $P<0.05$, $p=0.01$) به طوریکه افراد دارای سابقه‌ای از حوادث زندگی و خانواده پرجمعیت‌تر در خطر بیشتری برای اقدام به خودکشی بودند. بین تأهل و اقدام به خودکشی رابطه معناداری یافت نشد. بیشترین روش خودکشی مصرف دارو و سموم بود. ۶/۷ درصد افراد اقدام به خودسوزی کرده بودند. خودسوزی در زنان متأهل شایعتر بود و در ۱۰۰ درصد موارد منجر به مرگ گردید.

نتیجه‌گیری: بالا بودن اقدام به خودکشی در زنان جوان نیاز به توجه بیشتر به سلامت روان این جمعیت را مطرح می‌سازد. استفاده از روش خودسوزی به ویژه در زنان متأهل توجه به آموزش همگانی در خصوص پیشگیری از خودکشی و همچنین بازنگری در نحوه ازدواج و آموزش خانواده‌ها و جوانان در این خصوص و نحوه برخورد با مشکلات خانوادگی را نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها: اقدام به خودکشی، کردستان، خودسوزی

وصول مقاله: ۸۸/۱۲/۱۸ اصلاحیه نهایی: ۸۹/۴/۱۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۱۷

مقدمه

خودکشی یکی از مشکلات عمده بهداشتی است (۱) هر ساله یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می‌میرند (۲). میزان خودکشی در طی ۵۰ سال اخیر سیر صعودی داشته است و پیش بینی می‌شود که به ۱/۵۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد. این در حالی است که در بسیاری از کشورها به علت ملاحظات فرهنگی و قومی آمار واقعی خودکشی اعلام نمی‌شود و بسیاری از افراد و خانواده‌ها به دلیل انگ اجتماعی وقوع خودکشی را انکار می‌کنند و به حوادث نسبت می‌دهند (۳). همچنین در تعریف خودکشی مواردی همچون طبقه‌بندی نادرست علت مرگ، تصادفات با علت نامشخص، خودکشی‌های به اصطلاح مزمن مثل مرگ ناشی از مصرف الکل و مواد و عدم رعایت آگاهانه رژیم طبی برای بیماریهای خطرساز مثل فشار خون بالا لحاظ نشده است (۴).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

هر چند مقوله خودکشی در کشورهای توسعه یافته مورد توجه بیشتری قرار دارد ولی در کشورهای در حال توسعه مورد بی‌توجهی واقع شده است و در مورد آمار و وضعیت خودکشی در بیش از نیمی از کشورهای جهان آماری وجود ندارد (۳). در آمریکا از هر ۶ جوان یک نفر در طی زندگی‌اش به خودکشی فکر کرده و ۵/۵ درصد اقدام به خودکشی کرده‌اند (۵). خودکشی یازدهمین علت مرگ در کل جمعیت و سومین عامل مرگ در جمعیت ۲۴-۱۵ ساله می‌باشد (۶) و تلاشهای انجام گرفته تاکنون نیز در کاهش میزان افکار و اقدام به خودکشی ناموفق بوده است (۷). عوامل متعددی از جمله سن، جنس، نژاد، مذهب، تأهل، شغل، بیماریهای روانپزشکی، بیماریهای جسمی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی به عنوان ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی مورد توجه قرار گرفته‌اند (۴). البته عوامل خطر و به تبع آن برخورد و ادارهٔ خودکشی در نقاط مختلف متفاوت است، چرا که این پدیده بازتاب تاریخچهٔ روانی- فرهنگی جامعه‌ای است که در آن رخ می‌دهد و داشتن اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی رفتار خودکشی برای تصمیم‌گیری و پیشگیری مهم است (۸).

بنابراین با توجه به برخی تفاوتهای اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی استان کردستان و لزوم شناخت عوامل مرتبط با خودکشی در منطقه در این مطالعه به بررسی این پدیده و تعدادی از عوامل مرتبط با آن پرداخته‌ایم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مطالعه مورد- شاهدی انجام شد با برآورد حجم نمونه ۱۸۰ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی که به بیمارستانهای شهر سنندج مراجعه نموده بودند به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شدند و به همین تعداد نیز گروه شاهد از همراهان بیماران بستری در همان بیمارستان به دلائل غیر از خودکشی با در نظر گرفتن همسان سازی سنی توسط پژوهشگر انتخاب شد. از گروه مورد، اطلاعات دموگرفیک، بروز حوادث زندگی در یک سال اخیر و اطلاعات در خصوص روش خودکشی و از گروه شاهد نیز اطلاعات دموگرافیک و بروز حوادث زندگی در یک سال اخیر مورد پرسش قرار گرفت. معیار برای خروج گروه شاهد از مطالعه افرادی بودند که سابقهٔ اقدام به خودکشی داشتند.

از آمار توصیفی و آمار تحلیلی شامل تست‌های مربع کای و آزمون دقیق فیشر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و SPSS تحت ویندوز استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۸۰ نفر در گروه شاهد و ۱۸۰ نفر در گروه مورد بودند که میانگین سنی و انحراف معیار گروه مورد ۹/۵۱±۲۵/۲۳ سال و میانگین سنی گروه شاهد ۸/۴±۲۵/۵۷ بود. حداقل سن گروه مورد ۱۴ سال و حداکثر ۷۰ سال و حداقل سن در گروه شاهد ۱۴ سال با حداکثر سن ۵۶ سال بودند. بیشتر اقدام کنندگان به خودکشی در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال (۳۱/۱ درصد) و پس از آن در گروه ۱۹-۱۴ سال (۲۹/۴ درصد) قرار داشتند. ۷۱/۱ درصد اقدام کنندگان به خودکشی را زنان و ۲۸/۹درصد را مردان تشکیل می‌دادندکه ۶۱/۷ درصد مجرد و ۲۸/۳ درصد متأهل بودند. ۲۷/۲ درصد بیسواد و یا با تحصیلات کمتر از متوسطه بودند، ۵۶/۱ درصد تحصیلات متوسطه یا دیپلم داشتند و ۱۶/۷درصد واجد تحصیلات دانشگاهی بودند. شایعترین روش اقدام به خودکشی مصرف دارو (۷۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

درصد) و سموم (۱۵/۵درصد) بود (جدول ۱). شایعترین داروهای مورد استفاده بنزودیازپین‌ها و سپس ترامادول و سایر مخدرها بود (جدول ۲). ۷/۲ درصد از موارد اقدام به خودکشی منجر به فوت گردید که ۹۲ درصد آنها زن و ۹۲ درصد در اثر خودسوزی بود و تنها یک مورد (۸ درصد) مرد بود که با روش مسمومیت اقدام به خودکشی کرده بود. ارتباط برخی از متغیرها با اقدام به خودکشی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۱: میزان شیوع روشهای اقدام به خودکشی

روش	تعداد (درصد)
روشهای دارویی	۱۳۵ (۷۵)
سموم	۲۸ (۱۵/۵)
خودسوزی	۱۲ (۶/۷)
سایر روشها	۵ (۲/۸)
کل	۱۸۰ (۱۰۰)

جدول ۲: میزان شیوع داروهای مورد استفاده جهت اقدام به خودکشی

گروه داروها	بیماران (درصد)
بنزودیازپینها	۳۸ (۲۱/۱)
ترامادول و سایر مخدرها	۱۳ (۷/۳)
ضد افسردگی های سه حلقه‌ای	۸ (۴/۵)
داروهای ضد فشار خون (پروپرانولول و غیره)	۹ (۵)
سایر داروها	۶۷ (۳۷/۲)
کل	۱۳۵ (۷۵)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

جدول ۳: ارتباط اقدام به خودکشی با سایر متغیرها

	گروه مورد تعداد(درصد)	گروه شاهد تعداد(درصد)	
شغل			NS*
خانه دار	۶۳(۳۵)	۵۴(۳۰)	
کارمند	۹(۵)	۲۱(۱۱/۷)	
مشاغل آزاد	۱۴(۷/۸)	۲۴(۱۳/۳)	
دانشجو یا دانش آموز	۵۳(۲۹/۴)	۴۴(۲۴/۴)	
بیکار	۳۵(۱۹/۴)	۳۴(۲۴/۴)	
کارگر و کشاورز	۶(۳/۳)	۳(۱/۷)	
کل	۱۸۰(۱۰۰)	۱۸۰(۱۰۰)	
تعداد افراد خانواده			P=0.01
تنها	۵(۱/۸)	۲(۱/۱)	
۴-۲ نفر	۴۹(۲۷/۳)	۷۱(۳۹/۵)	
۵ نفر و بالاتر	۱۲۶(۷۰/۹)	۱۰۷(۵۹/۴)	
کل	۱۸۰(۱۰۰)	۱۸۰(۱۰۰)	
محل سکونت			NS
شهر	۱۴۶(۸۱/۱)	۱۵۴(۸۵/۶)	
روستا	۳۴(۱۸/۹)	۲۶(۱۴/۴)	
کل	۱۸۰(۱۰۰)	۱۸۰(۱۰۰)	
حوادث زندگی			P<0.05
نبود حادثه خاص	۳۰ (۱۶/۷)	۸۱ (۴۵/۵)	
وجود حوداث	۱۵۰ (۸۳/۳)	۹۷ (۵۴/۵)	
کل	۱۸۰ (۱۰۰)	۱۸۰ (۱۰۰)	
درآمد			NS
کم	۷۷(۴۲/۸)	۷۰(۳۸/۹)	
متوسط	۸۵(۴۷/۲)	۸۹(۴۹/۴)	
خوب	۱۸(۱۰)	۲۱(۱۱/۷)	
کل	۱۸۰(۱۰۰)	۱۸۰(۱۰۰)	

*Not Significant

بحث

از آنجا که داشتن اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی رفتار خودکشی و شناسایی افراد در معرض خطر شرط اولیه برای برنامه ریزی در جهت پیشگیری است و با توجه به تفاوتهای فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی منطقه به نظر می‌رسید که ممکن است که نحوه خودکشی و عوامل دخیل در خودکشی در این منطقه تفاوتهایی با سایر نقاط داشته باشد این پژوهش با هدف بررسی اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان سنندج صورت پذیرفت.

بیشتر اقدام کنندگان به خودکشی در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال (۳۱/۱درصد) و پس از آن در گروه ۱۹-۱۴ سال (۲۹/۴ درصد) قرار داشتند و میانگین سنی این افراد ۹/۵۱±۲۵/۲۳ بود که بسیار نزدیک به مطالعات انجام

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

شده در سایر کشورها و داخل کشور (۱۱-۸ و ۵). همچنین میانگین گروه سنی در افراد شاهد که به صورت تقریبی همسان سازی شده بودند (همسان سازی فقط از لحاظ سنی بود) ۸/۴±۲۵/۵۷ بود که تفاوت معنی‌داری با گروه بیماران وجود نداشت. حداقل سن اقدام‌کنندگان ۱۴ و حداکثر ۷۶ سال بود

از نظر جنسی ۷۱ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی زن بودند و ۲۸/۹ درصد از آنان مرد بودند که نشان دهنده ریسک بیشتر اقدام به خودکشی در زنان می‌باشد. این میزان بروز با مطالعات قبلی مانند مطالعات انجام شده که با اکثر مطالعات داخل و خارج کشور که اقدام به خودکشی در زنها بیشتر از مردها است مطابقت دارد (۱۳-۹)، استثناء این امر کشور چین می‌باشد که در آن اقدام و مرگ در اثر خودکشی در مرد و زن برابر است (۱۴). در مطالعه ما اکثر موارد مرگ (۹۲/۳ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند که با اکثر مطالعات مغایرت دارد که به نظر می‌رسد علت آن استفاده بیشتر از خودسوزی در زنها باشد. در این مطالعه کلیه اقدام کنندگان به خودسوزی زن بودند. خودسوزی در جوامع آسیایی در زنان و در کشورهای توسعه یافته در مردها با شیوع بیشتری گزارش شده است. در مطالعه‌ای در کرمانشاه نیز اکثر مواردی که در اثر خودسوزی فوت نمودند را زنان تشکیل می‌دادند (۱۵).

در این مطالعه ۶۱/۷ درصد از اقدام‌کنندگان مجرد (ازدواج نکرده، مطلقه، بیوه) بودند ولی ۵۳/۸ کسانی که در اثر خودکشی فوت نمودند، متأهل بودند. خان در بررسی خودکشی در کشورهای در حال توسعه اظهار می‌دارد که بر خلاف کشورهای غربی که در آنها ازدواج یک عامل محافظتی است در کشورهای در حال توسعه ازدواج می‌تواند در زنها به عنوان یک استرسور عمل کرده و منجر به رفتارهای خودکشی گردد. سن پائین ازدواج، فقدان آزادی در انتخاب همسر، وابستگی اقتصادی به همسر و فشار برای هرچه سریعتر بچه‌دار شدن از فاکتورهای مؤثر شناخته شده‌اند (۳). بالاتر بودن میزان خودسوزی در زنان متأهل را می‌توان به مسائل فوق‌الذکر همچنین کمتر بودن پشتیبانی اجتماعی در دفاع از حقوق زنان در زندگی خانوادگی بیان کرد.

بیشترین افراد اقدام‌کننده به خودکشی تحصیلات متوسطه و دیپلم داشتند (۵۶/۴ درصد) که به نظر می‌رسد به علت شیوع بالاتر اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۹-۱۴ سال می‌باشد. مطالعه lorant نشان داد که سطح تحصیلات پایین یک فاکتور خطر برای خودکشی در ۸ کشور از ۱۰ کشور مورد بررسی بوده است (۱۶). همچنین در مطالعات Nock و Beutrais نیز تحصیلات پایین‌تر با افزایش شیوع اقدام به خودکشی همراه بوده است (۱۷و۸).

توزیع شغلی افراد اقدام‌کننده به خودکشی به گونه‌ای بود که بیشترین افراد در گروه خانه‌دار (۳۵ درصد)، دانش‌آموز یا دانشجو (۲۹/۴ درصد) بیکار (۱۹/۴ درصد) و بعد از آن در مشاغل آزاد، کارمند و کارگر یا کشاورز بودند. در بسیاری از مطالعات بیکاری به عنوان عامل خطر در خودکشی محسوب شده است (۱۸و۸). در مطالعه ما هر چند میزان شاغل بودن در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود اما تفاوت، معنی‌دار نبود و در بین مشاغل نیز اشتغال به حرفهٔ خاصی خطر خودکشی را افزایش نداده است.

همچنین بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی در خانواده‌های ۵ نفره و بالاتر زندگی می‌کردند بین دو گروه از نظر بعد خانوار تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۱) به گونه‌ای که هر چه تعداد افراد خانواده

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

بیشتر باشد خطر اقدام به خودکشی نیز افزایش می‌یابد، علت این امر احتمالاً وجود بیشتر مشکلات خانوادگی، اقتصادی و ... در خانواده‌های پر جمعیت‌تر است.

۴۷ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی طبق گفتهٔ خود آنها در گروه متوسط و بعد از آن در گروه کم در آمد (۴۲ درصد) طبقه‌بندی شدند که مطابق با مطالعه‌ای بود که در اردبیل انجام شده بود (۱۳) اما بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

۸۳/۳ درصد (۱۵۰ نفر) از افراد گروه مورد، وجود حوادث زندگی (مشکلات خانوادگی، مالی، تحصیلی، بیماری و...) را ذکر می‌کردند که بیشترین شیوع حوادث اختلافات خانوادگی ۴۷/۴ درصد، مشکلات بین فردی یا شکست عشقی ۱۷/۸ درصد، مشکلات مالی ۵/۶ درصد، مشکلات تحصیلی در ۳/۹ درصد، مرگ عزیزان در ۳/۳ درصد، جدایی از خانواده در ۲/۲ درصد و طلاق در ۱/۷ درصد افراد بود. در حالی که این تعداد در گروه شاهد ۵۴/۵ درصد (۹۷ نفر) بود که اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه وجود داشت ($P<۰/۰۵$) که مطابق با مطالعهٔ انجام شده توسط Beutrais و همچنین مطالعه خلخالی و همکاران وی در گیلان است (۱۷و۹)، به عبارتی وجود حوادث زندگی ریسک فاکتوری برای اقدام به خودکشی می‌باشد. در بین حوادث زندگی اختلافات خانوادگی شایعترین عامل بودند که مبین نیاز به توجه بیشتر در زمینه ارتقاء آگاهی‌های جامعه در مورد ازدواج مناسب و همچنین بالابردن امکان دسترسی به خدمات مشاوره ازدواج و مشاوره خانواده می‌باشد.

در مقایسهٔ محل سکونت افراد، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر آماری دیده نشد اما بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی (۸۱/۱ درصد) ساکن شهر بودند که مطابق با مطالعه سالاری در استان آذربایجان می‌باشد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افراد شهرنشین گزارش شده است (۱۱). که خود این موضوع ممکن است ناشی از وجود استرس‌های بیشتر در زندگی شهری، گستردگی و پیچیدگی روابط و سایر مشکلات باشد. البته بالاتر بودن جمعیت شهرنشین و مراجعه بیشتر آنها به بیمارستان در صورت بروز مسمومیت نیز می‌تواند دخیل باشد. در مطالعه خلخالی خودکشی در زنان ساکن روستا بیش از زنان شهرنشین و بر عکس در مردان ساکن شهر بیش از مردان ساکن روستا بوده است (۹) که این موضوع نیاز به بررسی دقیق‌تر در زمینه تغییرات بوجود آمده در زندگی ساکنین شهر و روستا و تأثیر آن بر زندگی آنها را دارد.

۱۰ نفر در گروه مورد (۵/۶ درصد) و ۱۷ نفر در گروه شاهد (۹/۴ درصد) سابقه بیماری جسمی مزمن را ذکر می‌کردند که رابطه از نظر آماری معنی‌دار نبود و این خلاف مطالعه‌ای بود که در شرق آسیا انجام شده بود و در آن درد مزمن یا بیماری ریسک فاکتوری برای اقدام به خودکشی بود. (۱۹)

در میان روشهای مختلف اقدام به خودکشی ۷۵ درصد بیماران (۱۳۵ نفر) از دارو استفاده کرده بودند. بیشترین داروهایی که مورد استفاده قرار گرفته بودند بنزودیازپین‌ها (۲۱/۱ درصد)، ترامادول و مخدرها (۷/۳ درصد)، داروهای ضد فشار خون مثل پروپرانولول (۵ درصد) و ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (۴/۵ درصد) بوده‌اند. ۳۷/۲ درصد از مسکن‌های معمول، آنتی‌بیوتیکها و به طور کلی سایر داروهایی است که در منزل در دسترس بیمار بوده است استفاده نموده بودند که این یافته‌ها مطابق با مطالعهٔ انجام شده تحت عنوان سیمای خودکشی در مراجعین به بخشهای مسمومیت در استانهای تهران، مشهد، تبریز، شیراز، اصفهان و کرمانشاه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

می‌باشد (۲۰) اما بر خلاف مطالعهٔ انجام شده در همدان بود که در آن بیشترین موارد استفاده از سموم و اپیوئیدها بوده‌اند (۲۱). با توجه به این لازم است در مورد تجویز داروها توسط پزشک، تحویل بدون نسخه دارو توسط داروخانه‌ها توجه بیشتری صورت پذیرد و همچنین به خانواده‌ها در زمینه اجتناب از نگهداری داروهای اضافی در منزل، آموزش همگانی داده شود.

۲۵ درصد از بیماران (۴۵ نفر) از روشهای غیر دارویی استفاده کرده‌اند که از این میان ۱۸/۴ درصد از سموم، ۶/۷ درصد از خود سوزی و ۲/۸ درصد از سایر روشها استفاده کرده بودند. ۹۲/۳ درصد خودکشی‌های موفق را خودسوزی تشکیل می‌داد هر چند خودسوزی یک روش غیر شایع اقدام به خودکشی در دنیا محسوب می‌شود (۲۱) خودسوزی ۰/۰۶ تا ۱ درصد خودکشی در کشورهای غربی را تشکیل می‌دهد ولی در نقاط مختلف ایران ۱/۳۹ تا ۹/۵ درصد از مواردی که اقدام به خودکشی می‌کنند به روش خودسوزی است و آمار سال ۱۳۸۰ حاکی از این است که ۳۶/۴ درصد خودسوزی موفق در ایران به وسیله خودسوزی بوده است (۱۵). همچنین مطالعه‌ای در استان فارس دلیل بستری ۲۴/۸ افراد در بخش سوختگی، خودسوزی گزارش گردیده است (۲۳) میزان بالای اقدام به خودکشی از طریق خودسوزی در این مطالعه نیاز به توجه ویژه را می‌طلبد، زیرا این روش مرگبارترین روش اقدام به خودکشی محسوب می‌شود که در مطالعه ما نیز با ۱۰۰ درصد مورتالیته همراه بودکه نیاز ویژه جهت اقدامات گسترده پیشگیرانه در این خصوص را می‌طلبد. از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به وارد نشدن افرادی که به دلیل خودکشی فوت نموده ولی به بیمارستان مراجعه ننموده‌اند و همچنین تفاوت بین گروه شاهد و مورد از نظر جنس اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

بالاتر بودن میزان خودکشی در زنان و وجود اختلافات خانوادگی به عنوان شایعترین حادثه زندگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی و استفاده نسبتاً شایع از خودسوزی مبین نیاز به توجه بیشتر در زمینه ارتقاء آگاهی‌های جامعه در مورد ازدواج مناسب و همچنین بالا بردن امکان دسترسی زنان به خدمات مشاوره ازدواج و مشاوره خانواده می‌باشد. همچنین با توجه به استفاده از داروهای موجود در منزل برای خودکشی، آموزش به خانوادها در خصوص اجتناب از نگهداری داروهای بلا مصرف در منزل توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان که تأمین هزینه طرح را به عهده داشتند و کلیه پرسنل زحمتکش بخش‌های داخلی، اورژانس و سوختگی تشکر می‌نماییم.

References

1. Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. J Consult Clin Psychol 2007; 75: 707-715.
2. Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. Suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention. Pol Merkur Lekarski 2009; 27: 432-6.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]

3. Murad M Khan. Suicide prevention and developing countries. JR Soc MED 2005; 98: 459-463.
4. Sadock BJ. Sadock VA Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 10 th ed. Philadelphia: Lippincott Willwiams and Wilkins. 2007. p. 897-906.
5. Bradley N, Gaynes Suzanne L, Carol A, Ford, Paul S Frame, Jonathan Klein, Kathleen N Lohr. Screening for suicide risk in adults: A summary of the evidence for the US preventive services task force. Ann Intern Med 2004; 140: 822-835.
6. April R Smith, Tracy K Witte, Nadia E Teale, Sarah L King, TedW Bender, and Thomas E Joiner. Revisiting Impulsivity in suicide:Implications for civil liability of third parties. Behav Sci Law 2008; 26: 779-797.
7. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock MK, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States. 1990-1992 to 2001-2003. Journal of the American Medical Association 2005; 293: 2487-2495.
8. Nock KM, Borges G, Bromet E J, Cha B Ch, Kessler RC, Lee S. suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30: 133-154.
9. Khalkhali SMR, Rahbar M, Farde Masood R, Jamadi A. Survey of life events prior to suiside attempt. Guilan University 1380; 39- 40: 96-105.
10. Mohebbi I, Booshehri B. Stressor factors effects in intentionally committing suicide by chemical materials: review of four hundred cases Urmia Medical Journal 2006; 3: 219-225.
11. Salarilak Sh, Entezarmahdi R Afshani, MT Abbasi H. A survey of rate and effective factors on occurrence of suicide during one year in. Urmia Medical Journal 2006; 2: 93-100.
12. Diekstra RF Gulbinanr W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continent. World health stat Q 1993; 46: 52-68.
13. Molavi P, Abbasi Ranjbar V, Mohammadnia H. Assessment of suicide risk factors among attempted suicide in Ardebil within firs half of 2003. 2007; 28: 67-71.
14. Sabrina Stefanello, Carlos Filinto da Silva Cais, Marisa Lúcia Fabrício Mauro, Gisleine Vaz Scavacini de Freitas, Neury José Botega. Gender differences in suicide attempts. Rev Bras Psiquiatr 2008; 30: 139-43.
15. Ahmadi A, Janbazi, Sh, Laghii Z. Epidemiology of complete suicide by self-burning in kermashah university 2004. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health vol. 8, 2006; 8: 23-35.
16. Lorant V Kunit, AE Huisman M, Costa G, Machenbach. J Socio-economic inequalility in suicide. British Journal of Psychiatry 2005; 187: 49-54.
17. Beutrais L. A suicide and serious suicide attempt in youth: A multiple group comparison study. Am J Psychiatry 2003; 160: 1093-1097.
18. Kishi Y, Kahol RG. Asssesment of patient who attempt suicide primary care companion. J Clin Psychiatry 2002; 4: 132-136.
19. Chan WS, Law CK, Liu KY, Wong PW, Yip PS. Suicidality in chinese adolescents in Hong Kong: The role of family and cultural influence.Soc Psychiatry Psychatr Epidemiol 2009; 44: 278-84.
20. Azin SA, Shahidzadeh A, Omidvari S, Ebadi M, Montazeri A. Self poisoning with suicidal intent-Part I Payesh, Journal of Iranian Institute for Health Science Research 2008; 7: 97-106.
21. Afzali S, Rashidi PA. One-year study of mortality due to drug and chemical poisoning in Sina Hospital of Hamadan. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services 2003; 29: 62-66.
22. James WA, Frierson RL, Balajepalli B, Lippmann SB. Suicide attempts by burning. J Ky Med Assoc 2006; 104: 459-67.
23. Mohammadi AA, Danesh N, Sabet B, Amini M, Jalaeian H. Self inflicted burn injuries in southwest Iran. J Burn Care Res 2008; 29: 778-83.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-07]